

# Canisterapie u dětí se spastickou formou DMO

Michaela Mořková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav pedagogických věd**

**akademický rok: 2008/2009**

# **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Michaela MOŤKOVÁ**

**Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice**

**Studijní obor: Sociální pedagogika**

**Téma práce: Canisterapie u dětí se spastickou formou DMO.**

**Zásady pro vypracování:**

**Nastudování odborné literatury a zpracování materiálů**

**Teoretické zpracování tématiky**

**Příprava metodiky výzkumné části**

**Zpracování a vyhodnocení výzkumu**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KARÁSKOVÁ, V.; KRAUSOVÁ A. Pes a dítě s mentálním postižením. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 27 s. ISBN 80-12-44095-4.**

**LUDVÍKOVÁ, L, Kombinované vady .Olomouc: UP,2005 .ISBN 80-244-1154-7.**

**ŠLAPAL ,R. Dětská neurologie .Brno:Paido ,1996 .ISBN 80-85-931-17-6**

**KRAUS ,J. Dětská mozková obrna . Praha .Grada ISBN 80-247-1018-8**

**GALAJDOVÁ,L.Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie.Grada,1999.ISBN 80-7169-789-3**

<http://www.psiprozivot.cz>

<http://www.pomocnetlapky.cz>

<http://www.ctasociace.cz>

<http://www.agnitio.cz>

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Ivana Marášková**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**18. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**15. května 2009**

Ve Zlíně dne 18. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



L.S.



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně .....

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uče-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělení svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užívat či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá využitím canisterapie v komplexní péči o děti se spastickou formou dětské mozkové obrny. Dětskou mozkovou obrnu, která je následkem rané léze mozku nelze vyléčit, ale lze ji do určité míry účinně léčit. Canisterapii můžeme považovat za jednu z mnoha doplňujících terapií nacházející plné uplatnění v týmové péči o pacienty s hybným postižením.

V teoretické části popisují nejčastější příčiny vzniku dětské mozkové obrny. Rozdělují jednotlivé typy dětské mozkové obrny podle charakteru hybné poruchy a představují tak v této kapitole její čtyři základní formy. Dále se zabývám problematikou péče o takto postižené děti. Uvádím zde některé nejčastěji užívané metody a terapie. V další kapitole představuji canisterapii, popisují zde její historický vývoj, zájem blíže soustřeďuji na současné cíle, metody a formy canisterapie s využitím u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Dále v práci věnuji pozornost tomu, jaký by canisterapeutický pes měl být.

V praktické části uvádím kazuistiky dětí se spastickou formou DMO, jenž jsou dokladem kladného působení canisterapie. Tato kapitola se zabývá šetřením výsledků pozorování stimulační péče dětí canisterapií.

Klíčová slova:

canisterapie, dětská mozková obrna, mentální retardace, spastický, rehabilitace

## **ABSTRACT**

This thesis deals with canistherapy usage in complex health care of children with spastic form of childish cerebral paralysis (CCP). Cerebral paralysis as a result of maturational brain lesion is irreversible, but it is possible to reduce its symptoms effectively. Canistherapy is considered to be a supporting physiotherapeutical method that can find its full use in team care of patients with motor handicap.

Theoretical part of this thesis describes the most frequent reasons of childish cerebral paralysis occurrence. CCP is divided into four basic types according to the nature of motor handicap. The questions of the health care of children with CCP are further developed along with the most frequent therapy methods and forms. Next chapter introduces the term of cannistherapy and describes its historical evolution. The current targets, methods and forms are described in detail - including their use in care of children with CCP. Basic requirements for casts and behavior of dogs used for canistherapy are mentioned.

Practical thesis part summarizes casuistics of children with spastic form of CCP – the ones who were cured by applying of cannistherapy. Positive results with this application are stated.

Keywords:

canistherapy, childish cerebral paralysis, cephalonia, spastic, physiotherapy

Poděkování, motto

Ráda bych poděkovala PhDr. Ivaně Maráškové za odborné a laskavé vedení práce a poskytnutí cenných rad, které jsem uplatnila při psaní této bakalářské práce.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA</b> .....	<b>13</b>
1.1 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY VZNIKU DMO.....	13
Hypotrofie plodu .....	13
1.2 FORMY DMO .....	15
1.2.1 Spastická forma DMO.....	15
1.2.2 Dyskinetická forma DMO.....	16
1.2.3 Ataktická forma DMO .....	17
1.2.4 Smíšené formy DMO .....	17
<b>2 KOMPLEXNÍ PÉČE O DÍTĚ S DMO</b> .....	<b>18</b>
2.1 KOMPLEXNÍ DIAGNOSTIKA DÍTĚTE .....	18
2.2 PŘEHLED METOD A TERAPIÍ .....	19
2.2.1 Nejčastěji používané terapie.....	20
2.2.2 Psychoterapeutické metody .....	21
<b>3 CANISTERAPIE</b> .....	<b>25</b>
3.1 HISTORICKÝ VÝVOJ CANISTERAPIE .....	25
3.2 VYMEZENÍ POJMU.....	27
3.3 VYUŽITÍ CANISTERAPIE U DĚTÍ S DMO.....	27
3.4 CÍLE CANISTERAPIE .....	29
3.5 METODY CANISTERAPIE.....	30
3.6 FORMY CANISTERAPIE UŽÍVANÉ U DĚTÍ S DMO.....	31
3.7 VÝBĚR CANISTERAPEUTICKÉHO PSA .....	33
3.8 ZÁSADY CANISTERAPIE .....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>4 CANISTERAPIE V PRAXI</b> .....	<b>37</b>
4.1 CÍL PRÁCE, ČASOVÝ HARMONOGRAM, METODY VÝZKUMU.....	37
4.2 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU, KAZUISTIKY .....	38
4.3 ZÁVĚRY ŠETŘENÍ:.....	49
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>52</b>

## ÚVOD

I v dnešní uspěchané době využívá určitá část lidské populace svého psychologa. Mnoho lidí ale dodnes ani netuší, že toho nejlepšího terapeuta, psychologa a přítele v jedné osobě mohou mít doma. Nadarmo se neříká, že “pes je nejlepším přítelem člověka“. Možná z toho důvodu byla poměrně nedávno psům přiřknuta role terapeuta. V naší společnosti můžeme nalézt psy, kteří jsou speciálně vycvičeni k tomu, aby uměli lásku dávat nejen svým pánům, ale také ji rozdávali potřebným lidem kolem sebe. Tuto činnost nazýváme canisterapie.

Cílem mé bakalářské práce je seznámit čtenáře se psem a objevit jeho možnosti, podmínky, schopnosti i dovednosti tak, aby tento text byl prospěšný zejména těm z nás, kteří se chtějí stát canisterapeuty. Velmi ráda bych alespoň malým dílem chtěla přispět k popularizaci canisterapie tak, aby se posunula zase o kousek dále při dosažení jejího co nejširšího uplatnění při pomoci dětem, dospělým i starým lidem v jejich každodenním životě.

Teoretická část práce je členěna do tří kapitol.

První kapitola je zaměřena na postižení dětí, s nimiž jsem měla možnost se setkat při výzkumném projektu. V této kapitole vymezuji pojem dětská mozková obrna (dále DMO) a také představuji její různé formy. Dále seznamuji čtenáře s nejčastějšími příčinami vzniku tohoto neurologického postižení a představuji některé terapeutické možnosti. Pro děti s DMO jsou sestavovány vhodné léčebné programy, které zmírňují nepříznivý stav a dovolují, aby se dítě vyvíjelo podle svých možností tím nejlepším způsobem.

Druhá kapitola představuje komplexní charakteristiku dítěte postiženého spastickou formou dětské mozkové obrny. Zároveň zde představuji metody a terapie, jež jsou nejčastěji užívány v péči o takto postižené děti. Patří mezi ně například Vojtova reflexní terapie či léčebný koncept manželů Bobathových. Pro úplnost v této kapitole zmiňuji i několik důležitých a značně rozsáhlých okruhů terapeutických přístupů. Nejsou metodami, ani fyzioterapeutickými koncepty spočívajícími na neurofyziologické bázi, avšak jako doplňující terapie nacházejí plné uplatnění v týmové péči o pacienty s hybným postižením.

Třetí kapitola přibližuje zajímavou historii canisterapie a popisuje možnosti využití terapie u dětí s DMO a seznamuje s cíli, metodami i formami tohoto působení. Neopomím zde také přiblížit výběr psa pro canisterapii a zásady této terapie.

Praktická část bakalářské práce je věnována výzkumnému projektu, ve kterém zjišťuji přínos canisterapie pro děti se spastickou formou dětské mozkové obrny. Cílem mé práce je prokázat, že canisterapie nejen uvolňuje spasticitu takto postižených dětí, ale také je velkým přínosem v oblasti motoriky, komunikace i léčby lidské duše. Ráda bych poukázala na to, že pes dokáže být pro člověka nejen milým společníkem, ale také nástrojem k uzdravení i k nápravě poruch.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětskou mozkovou obrnu řadíme mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Neurologické poruchy, které vzniknou prenatálně či perinatálně tvoří významnou část celého spektra nervových chorob v dětské populaci. Dosud jsme plně neporozuměli mnohotné etiologii těchto poruch a shrnujeme je pod pojmem dětská mozková obrna. Dětská mozková obrna (DMO) se obvykle definuje jako neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Recentní údaje nicméně vyvolávají otázky, zda patologický proces je skutečně neprogresivní. Predominantním projevem je porucha motoriky. Téměř polovina postižených dětí má navíc významný kognitivní deficit, nebo poruchu intelektu. Tito pacienti tvoří 50% populace dětí s těžkou mentální retardací (Kraus 2005). K dalším typickým projevům patří porucha zraku, sluchu nebo obtíže s příjmem potravy. Dětská mozková obrna je termín používaný k popisu stavu dítěte s postižením mozku, které je patrné v časném dětství (typicky do tří let věku dítěte), je neprogresivní a také směřuje k neschopnosti vykonávat motorické funkce v přiměřeném rozsahu.

### 1.1 Nejčastější příčiny vzniku DMO

Dříve se za rizikové faktory DMO považovaly pouze komplikace během porodů. O něco později se spektrum faktorů jednoznačně rozšířilo. Přesto ale zůstává naše pochopení jednotlivých faktorů a rizik dosud nekompletní. Jednotlivé faktory, pokud ještě nedosáhly rozhodujícího vlivu, samy o sobě vyvolat poškození mozku nemohou. Naproti tomu pokud je dosažena souhra dvou nebo více faktorů, je velmi pravděpodobné, že v interakci s prostředím překoná obranné mechanismy a vyvolá ireverzibilní mozkovou lézi (Kraus, 2005). V dalších kapitolách bych ráda zmínila několik příčin vzniku DMO. Mezi nejvýznamnější příčiny můžeme jednoznačně řadit předčasný porod a s tím související hypotrofii plodu, dále hypertenzi v těhotenství, bakteriální infekce jak matky, tak i plodu, preklampsii a mnohočetná těhotenství.

#### **Hypotrofie plodu**

U novorozenců s nízkou porodní hmotností a porodem po 32. týdnu gestačního věku zaznamenáváme zvýšené riziko pro vznik DMO. Současné údaje poukazují na to, že se uplatňuje chronická intrauterinní podvýživa a hypoxie. Zlepšení a zkvalitnění péče o novo-

rozence s nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností je cílem současného výzkumu (Kraus, 2005).

### **Hypertenze v těhotenství**

Hypertenze v těhotenství zvyšuje riziko vzniku DMO u novorozenců narozených po 32.týdnu gestačního věku a naopak redukuje riziko u dětí narozených v mladším gestačním věku. Patofyziologický mechanismus této závislosti není jasný. Pravděpodobně se zde uplatňují dva následující faktory. Stress indukovaný krátkodobou placentární insuficiencí, který zlepšuje maturaci plic a představuje určité zvýhodnění pro nedonošence s vysokým rizikem DMO spojeným s plicní chorobou a naproti tomu dlouhodobá placentární nedostatečnost, která zase představuje riziko pro novorozence donošené (Kraus, 2005).

### **Mnohočetná těhotenství**

Prevalence DMO u porodů jednoho dítěte je statisticky 1:1000, u dvojčat to je již 9:1000 a u trojčat se zvyšuje na 30:1000. Toto zvýšení souvisí s větším počtem narozených prematurit. U mnohočetných těhotenství se vyskytuje také mnohem více neurologických poškození mozku, přičemž větší riziko převažuje u jednovaječných, nad u dvojevaječnými dvojčaty. Zejména vysoké riziko poškození sledujeme u fetu-fetální transfuze, což je patologická forma cirkulace mezi hemodynamicky spojenými jednovaječnými dvojčaty. Vysoké riziko vzniku DMO představuje úmrtí jednoho plodu in utero. S tímto souvisí důležitost prevence, která spočívá zejména v redukci mnohočetných těhotenství (Švarcová, 2006).

### **Bakteriální infekce matek**

Bakteriální infekce matek jsou jednoznačně spojovány s častým výskytem dětské mozkové obrny. Infekce matky je velmi často možnou příčinou předčasného porodu, ale jsou zde i další rizika spojená s infekcemi matky a plodu. Prevence a včasná léčba bakteriálních infekcí je velmi důležitou součástí redukce neurologických postižení (Švarcová, 2006).

### **Předčasný porod**

Mezi faktory, které bývají nejpevněji spjaty s dětskou mozkovou obrnou jednoznačně zařadíme předčasný porod. Riziko nervového postižení bývá řádově vyšší u dětí se závažnou prematuritou, než u dětí narozených v termínu. Existuje význačný vztah mezi nízkým gestačním věkem a zvýšením rizika vzniku dětské mozkové obrny. Značné snížení

úmrtnosti u extrémně nezralých novorozenců, které je zřejmé během posledních desetiletí, má za následek výrazné zvýšení prevalence dětské mozkové obrny u dětí s nízkou a velmi nízkou porodní hmotností (Zoban, 2005).

### **Nezralí novorozenci**

Je známo, že moderní neonatální intenzivní péče je velmi úspěšná při snížení mortality u nedonošených dětí, avšak za cenu významného zvýšení morbidity u většiny nezralých dětí. Tyto děti mají výrazně větší pravděpodobnost přežití, když se nejen rodí, ale také dále pobývají v péči specialistů velkých specializovaných center. Umělá plicní ventilace musí být vitální terapií pro mnohé nezralé novorozence. Můžeme předpokládat, že zlepšení oxygenace také snižuje neurologickou morbiditu. Je znám vztah mezi mírou postižení plic nezralých novorozenců a incidencí neurologických obtíží. Incidence mozkových krvácení bývá výrazně nižší na všech větších novorozeneckých jednotkách. (Zoban, 2005).

### **Infekce dítěte**

Bakteriální meningitida (zánět mozkových blan) nebo také virová encefalitida (zánět mozku) v novorozeneckém věku, ale i v později v dětství často vedou k těžkému nervovému poškození. Přestože byly uskutečněny rozsáhlé a úspěšné kampaně zaměřené proti jednotlivým patogenům – příkladem může být úspěšné zavedení vakcíny Haemophilu B, zbývá nám ještě velký prostor pro další pokrok v terapii bakteriální sepse, neboť je velmi důležité minimalizovat ničivý účinek na nervový systém. (Tichý, 2005).

## **1.2 Formy DMO**

„Dětská mozková obrna je, jak již bylo uvedeno, trvalé a nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku“ (Kraus 2005, s.67). Jednotlivé typy DMO jsou v současnosti lékaři klasifikovány do čtyř kategorií, a to formy spastické, dyskinetické, ataktické a smíšené formy.

### **1.2.1 Spastická forma DMO**

Spastická forma postihuje asi 70-80% nemocných s DMO. Svaly těchto dětí jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené, neboli spastické. Podrobnější popis těchto forem DMO vychází z určení spastických končetin. Od tohoto určení vychází také jejich název. Je vždy tvořen latinským označením části těla v kombinaci s označením buď paré-

zy, neboli oslabení, nebo plegie, což je úplné ochrnutí. Dále tedy hovoříme o spastické diparéze nebo diplegii, kdy jsou postiženy obě horní, popřípadě dolní končetiny. U spastické hemiparézy, nebo hemiplegii, jsou postiženy končetiny na jedné polovině těla. Spastická triparéza, nebo triplegii, označuje postižení obou dolních a jedné horní končetiny. U spastické kvadruparézy či kvadruplegie, jsou postiženy všechny čtyři končetiny.

Jedná se o nejtěžší formu DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefálií (Kraus, 2005). Takto postižené děti jsou vždy zcela závislé na pomoci okolí, péče o ně je velmi pracná a náročná, neboť u těchto dětí jsou velké potíže s výživou a kontrakturami. V klinickém obraze těchto dětí dominuje těžká mentální retardace (Kraus 2005).

„Prognóza je velmi nepříznivá a nejvíce postižené děti neopustí ve vývoji neonatální stupeň.“(Kraus 2005, s.80). Do klinického obrazu těchto dětí patří epilepsie. Mezi další a velmi významný problém se řadí výživa a s ní spojená prevence aspirací (Kraus, 2005)

### 1.2.2 Dyskinetická forma DMO

Tuto formu DMO charakterizují mimovolní pomalé krouživé pohyby dítěte. Mezi základní poruchy diskynetické formy DMO řadíme neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb, také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu. Tyto abnormální pohyby můžeme pozorovat zejména na ruce, nohou, popřípadě na celé horní, nebo dolní končetině. V některých případech může být postiženo svalstvo tváře i jazyka, což vede ke grimasování, mlaskání, nebo k žmoulavým pohybům úst. Tyto již zmíněné abnormální pohyby se většinou zvyrazňují při emočním stressu. Pokud dítě spí naopak mizí. Tyto děti mívají problémy se svalovou koordinací, jež je potřebná pro mluvení. Toto se označuje jako dysarthrie. Jen velmi malá část dětí dosáhne schopnosti samostatné chůze. Mentální schopnosti bývají téměř vždy normální, nebo v rozsahu IQ 70-80. Děti s touto formou DMO trpí poruchou jemné hybnosti, zejména psaní. V dnešní době je jim velkou pomocí klávesnice počítače. Rozvoj epilepsie bývá relativně vzácný. Pokud se vyskytne, snadno se dosáhne její kompenzace. Velmi časté jsou ale zrakové problémy. U třetiny dětí bývá diagnostikován strabismus. Diskinetická forma DMO postihuje přibližně 10-20%



nemocných. V poslední době poněkud poklesla incidence u dětí rozených v termínu, ale současně se zvýšila incidence u dětí s prematuritou (Tichý, 2005).

### 1.2.3 Ataktická forma DMO

Ataktická forma DMO postihuje především vnímání rovnováhy. Děti mají často špatnou pohybovou koordinaci. Jejich chůze je velmi nestabilní o široké bázi, velmi připomínající opileckou chůzi. Chodidla při chůzi pokládají nezvykle daleko od sebe. Velké problémy mívají při pokusu o rychlý, nebo přesný pohyb, jakým je například psaní nebo zapínání knoflíků. U těchto dětí se může vyskytnout třes objevující se při tzv. volní hybnosti. Například, když se dítě snaží uchopit knížku, ruka se kterou se pro tuto knihu natahuje, se roztřepe. V okamžiku kdy se ruka přibližuje ke knížce třes se zvýrazní. U některých dětí s ataktickou formou DMO se kombinuje mikrocefalie a křeče. Také je zde velmi častý určitý stupeň mentálního defektu, ale těžká retardace je spíše vzácností. Problém jim dělá většinou psaní, proto jen malá část těchto dětí chodí do školy. Ataktickou formu DMO je potřeba odlišit od poruchy koordinace provázející děti s vývojovou retardací a také od prosté neobratnosti. Ataktickou formou trpí přibližně 5-10% nemocných s DMO (Kraus, 2005).

### 1.2.4 Smíšené formy DMO

Je velmi časté, že se u nemocných s DMO výše uvedené formy kombinují. Kombinace bývají různé, avšak mezi nejčastější řadíme spastickou formu s athetoidními pohyby. Častá bývá také kombinace ataxie, dystonie a spasticity (Kraus, 2005).

## 2 KOMPLEXNÍ PÉČE O DÍTĚ S DMO

Problematika péče o dítě s DMO je velmi široká a pestrá. Nejen diagnóza, ale hlavně také stupeň postižení jednotlivých dětí se výrazně liší. Někdy bývají postiženy především horní končetiny, jindy dolní, nebo také celá jedna polovina těla. Někdy bývá výraznější mentální postižení a jindy zase je intelekt dítěte zachován. Dalším přidaným faktorem může být i epilepsie, jež nedovolí s dítětem vykonávat určité činnosti, které by mohly být spouštěcím mechanismem záchvatu. Velmi důležitý je individuální přístup ke každému dítěti (Kraus, 2005).

### 2.1 Komplexní diagnostika dítěte

V oblasti speciální pedagogiky představuje diagnostika dětí s DMO jednu ze zásadních oblastí. Na základě správné a včasné diagnózy, jež bývá výsledkem dlouhodobého diagnostického procesu, je možno dítěti nabídnout speciální výchovu a vzdělání i optimální komplexní rehabilitaci. Je žádoucí, aby diagnostika dítěte s postižením probíhala komplexně, interdisciplinárně. Na takovéto diagnostice se obvykle podílí lékař, psycholog, sociální pracovníce, speciální pedagog a dle potřeby i další odborníci. U těchto dětí je nezbytná návaznost pedagogicko-psychologické a léčebné rehabilitace. Mozek v dětském věku má velmi dobrou elasticitu, proto velmi často narušenou funkci přebírá jiná část dětského mozku. Celý proces bývá velmi dlouhodobý a vyžaduje kompenzaci nejen funkce emoční a psychické, ale také pohybové a všech dalších částí velmi složité lidské psychiky. Cílem celého týmu odborníků je co možná nejlepší poznání dítěte i jeho osobnosti a možnosti jeho vychovatelnosti a vzdělanosti. Některé oblasti se však u dětí s vícenásobným postižením jen velmi obtížně diagnostikují. Je proto obtížné zjistit, který z faktorů je dominantní a který je primární či sekundární. Velmi důležité je, aby diagnostika vývojového stavu dítěte neprobíhala jen jednorázově, nýbrž aby byla vždy průběžným a dlouhodobým procesem, který na principu znalosti dítěte i jeho sociálního prostředí dojde k realistické diagnóze jeho dalšího vývoje. S tím jednoznačně souvisí i jeho následné zařazení do společnosti (Hanák, 2005).

## 2.2 Přehled metod a terapií

Léčba dětské mozkové obrny není záležitostí ani jednoduchou, ani krátkodobou. Patrně jsou již minulostí doby, kdy pacient s DMO byl častokrát umístěn ve specializovaném ústavu a čas od času u něho byla provedena korekční ortopedická operace. „Dnešní chápání dětských neurologických poruch vidí dětskou mozkovou obrnu jako relativně častý, ale více či méně poznaný problém. Terapeutická „agrese“ a komplexnost terapeutického přístupu závisí v první řadě na rozsahu postižení a tzv. „desired outcome“, což lze česky vyjádřit pojmem léčebné očekávání“ (Kraus, Kaňkovský, 1999, s.257).

Lékař, který léčbu pacienta s DMO vede by měl ve spolupráci s řadou specializovaných odborníků stanovit „na míru šitý“ terapeutický program. Některé z přístupů, jež lze vložit do terapeutického plánu zahrnují léky pro léčbu epilepsie, dlahy kompenzující svalovou nerovnováhu, uspokojování psychologických a emocionálních potřeb, léky uvolňující svalové spasmusy, operační léčbu, rehabilitaci, ergoterapii, canisterapii, logopedickou péči a mnoho dalších.

Obecně však platí, čím dříve je komplexní léčba zahájena, tím je větší šance dítěte na překonání vývojové poruchy a tím lépe zvládne různé úkoly alternativním způsobem. Do terapeutického týmu patří specialisté různých odborností a vzdělání.

Dětský neurolog je většinou vedoucím týmu a je zodpovědný za sestavení komplexního léčebného plánu a za koordinaci všech dílčích léčebných plánů. Dlouhodobě sleduje psychomotorický vývoj dítěte.

Nejdůležitějším členem týmu je fyzioterapeut, který sestavuje cvičební program zaměřený na zlepšení motorických funkcí a aktivaci kompenzačních mechanismů ke zlepšení hybnosti dítěte.

Ortoped řeší operační či konzervativní postupy poruchy pohybového aparátu, které nelze ovlivnit léčbou samotné nervové poruchy nebo rehabilitací.

Neurochirurg řeší vady mozku a míchy jako jsou mozkové cysty, hydrocefalus, vývojové vady lebky a páteře. Samostatnou kapitolou neurochirurgie je tzv. funkční neurochirurgie. Její operační postupy umožňují léčit spasticitu, epilepsii a některé axtrapyramidové poruchy.

Logoped se podílí na péči diagnostiké a dále se zabývá léčbou komunikačních problémů, zejména poruch řeči.

Dětský psycholog pomáhá dětem s DMO a zejména jejich rodinám při zvládnání specifických stressových situací.

Speciální pedagog má důležitou roli při výchově a výuce dětí s mentálním postižením nebo se specifickými poruchami učení. Úkolem sociálního pracovníka je pomoci těmto dětem v integraci do společnosti a jejich rodině v zajištění komplexní péče. Tato péče by měla zahrnovat nejen vzdělání s využitím státní podpory, ale i svépomocné organizace (<http://www.neurocentrum.cz>).

### 2.2.1 Nejčastěji používané terapie

Předmětem **rehabilitace** dětí s DMO je dnes již celý člověk v kontextu se vztahem k prostředí. V životě takto postiženého dítěte má rehabilitace svoji nezastupitelnou úlohu. Rehabilitace neustále a neúnavně hledá a následně buduje na možnostech dítěte a vychází z pozitivních vlastností a možností každého dítěte a ne z jeho negativních stránek či důsledků jeho postižení. Středem našeho zájmu vždy zůstává především duševní stav dítěte. Důležité je stanovit si krátkodobé cíle a brát v potaz i aktuální stav průčeschnosti dítěte (například po prodělaném epileptickém záchvatu je dítě unavené). Děti potřebují mít stále pocit bezpečí a láskyplné prostředí. Proto je vhodná spoluúčast jednoho z rodičů, jenž dítě dobře zná a umí ho, pokud je zapotřebí, uklidnit. Nejdůležitější je, aby bylo dítě při všech činnostech spokojené, mělo pocit bezpečí, rozvíjela se komplexně jeho osobnost a tím nacházelo nový rozměr. Dále bych ráda představila některé z nejčastěji užívaných terapií u dětí s DMO.

#### **Vojtova reflexní terapie**

Vojtova metoda reflexní lokomoce je soubor cvičebních technik, jež se používají k léčbě psychických i tělesných poruch. Koncem 50. let minulého století Mudr. Václav Vojta upozoroval při určité manipulaci s dítětem v předškolním věku s infantilní spastickou diparérou změnu ve svalových souhrách a změnu spasticity, jež prokazovaly pravidelnost. Zjistil, že jsou-li takové svalové souhry jednou vzbuzeny, pak je pacienti automaticky, nevědomě „zavedou“ do spontánní motoriky. Na základě studií DMO z let padesátých byly identifikovány reflexní body, díky kterým je možné tělo pacienta stimulovat k určitým vro-

zeným pohybům. Jde o užívání tlaku na příslušná místa a to především na periost kostí a fascie. Metoda reflexní lokomoce je založena na znalosti pohybových vzorců dítěte během jeho života. Vývoj pohyblivosti člověka je dán geneticky, probíhá naprosto automaticky a můžeme říci, že je pokračováním vývoje v děloze. Tento terapeutický systém V. Vojty obsahuje tři modely: reflexní plazení, reflexní otáčení a první pozici. Pomocí těchto modelů a odpovídajících bodů, tzv. aktivačních zón vyvolává terapeut u pacienta svalové souhry, jež jsou identické se svalovými souhrmi, které můžeme pozorovat u dětí do jednoho roku během jejich motorického vývoje. Cílem není naučit pacienta plazit se, či otáčet, ale vyvolat, nebo obnovit vrozené svalové vzorce, jež mu umožňují kvalitní chůzi a stoj. (Kraus, 2005)

### **Bobathova terapie**

Bobath koncept, je terapeutickým rehabilitačním postupem, který je určen pro pacienty s patofyziologií CNS. Jedná se o jeden z nejužívanějších terapeutických přístupů, který můžeme aplikovat u dospělých pacientů, starších dětí i kojenců. Terapeut vychází z konceptu manželů Berty a Karla Bobathových. Na základě podrobného vyšetření, během kterého se zaměřuje především na to, co dítě již dovede nejen s pomocí, ale i bez pomoci, podle tonu a pohybu, sestavuje léčebný plán i cíl. Tohoto cíle dosahuje za pomoci terapeutických nástrojů, jež aplikuje cíleně a současně pečlivě vnímá reakce pacienta na používané techniky. Podle těchto reakcí aktuálně přizpůsobuje i mění následnou terapii. Tyto techniky jsou zásadní v tom, že usnadňují patologický tonus pacienta, který brání dítěti provést pohyb co nejsprávněji a nejefektivněji. Terapeut nejen učí dítě pohybům, ale také dělá vše pro to, aby mohlo tento pohyb co nejsprávněji provést zcela samo. K dosažení zamýšleného cíle používá terapeut četné pomůcky jakými jsou různé míče, lavičky, válce a labilní plochy. Práce v týmu je základem Bobath konceptu. Je žádoucí, aby všichni terapeuti tvořící tento tým ( fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut) pohlíželi na dítě stejnými očima a uměli používat vhodné léčebné techniky (<http://www.cadbt.cz> ).

### **2.2.2 Psychoterapeutické metody**

K velmi často užívaným terapiím u dětí s DMO patří psychoterapeutické metody, jež se zaměřují na osobnost postiženého působením na jeho psychiku. Jedná se především o metody, které svým působením zasahují do léčebné rehabilitační péče a jsou předmětem působení psychologických, pedagogických i zdravotnických pracovníků na postiženého

pacienta. K nejznámějším psychoterapeutickým metodám ve speciálně - pedagogické péči patří arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a nezastupitelné místo tvoří i zooterapie.

**Arteterapie** patří mezi psychoterapeutické metody, jež využívá výtvarné projevy svých klientů jako hlavní léčebný prostředek. Tyto výtvarné techniky usnadňují klientům vyjadřování jejich pocitů. Arteterapie směřuje z velké části do oblasti duševní, ale nezanedbatelné je i působení v oblasti pohybové. Můžeme říci, že je skvělou příležitostí k projevení dětské tvořivosti, sebevyjádření, interakce i komunikace. Vedle nesporně velmi pozitivního psychologického vlivu představuje arteterapie i důležitý léčebný prvek v oblasti hrubé i jemné motoriky. Při této činnosti dochází k psychickému uvolnění, jež působí motivačně a snižuje spasticitu, což je u dětí s DMO velmi žádoucí.

**Muzikoterapie** je u nás bohužel oblastí značně opomíjenou. Vždyť pomocí muzikoterapie můžeme ovlivnit disharmonie, lze navodit vnitřní soulad. Je známo, že naladěný organismus je daleko silnější i odolnější. U dětí s DMO můžeme spatřovat hlavní přínos v uvolnění, celkové harmonizaci organismu i snížení spasticity.

**Ergoterapie** neboli léčba prací a u dětí léčba hrou je jednou z důležitých součástí fyzioterapie u dětí s DMO. Je zaměřena především na nácvik samostatnosti a soběstačnosti během plnění běžných denních úkolů. Při ergoterapii využíváme řady kompenzačních pomůcek. Ty rozvíjí osobnost dítěte, všeobecné zájmy a dovednosti a zahrnují také přípravu na budoucí povolání i na praktický život. Cvičíme jemnou motoriku, úchop, cílené pohyby, koordinaci a obratnost.

**Zooterapie**, neboli terapie pomocí zvířat v sobě zahrnuje všechny formy terapeutického působení pomocí zvířat. Při zooterapii využíváme pozitivního vlivu daného zvířete na člověka, čímž ovlivňujeme jeho sociální i emoční složku. Na základě výzkumu je známo, že dlouhodobý a blízký kontakt člověka se zvířetem je provázen příznivými fyziologickými, psychologickými i společenskými stavy, které nejen zlepšují zdraví, ale i psychiku člověka a tím výrazně zkvalitňují jeho život (Nerandžič, 2006).

Z názvu zooterapie jasně vyplývá, že jde o léčbu pomocí zvířat. Léčba jako taková, patří výhradně do rukou lékařů. Proto by se mělo v souvislosti se zooterapií hovořit spíše o rehabilitaci. Pod pojmem „rehabilitace“ si ale mnozí z nás představí pohybová cvičení, plavání či masáže. Trochu nám uniká, že rehabilitace mnohdy je i otázkou psychiky. Například u dětí je označována jako činnost, jež v některých případech výrazně zlepšuje psy-

chický i fyzický vývoj. U dospělých lidí zase napomáhá k obnově správné funkce různých orgánů. Z výše uvedeného je zřejmé, že zvířata můžeme využívat dvěma směry, a to v oblasti psychické kondice i v oblasti fyzické. Oba směry spolu úzce souvisí.

Oblast fyzická v sobě zahrnuje vše od péče o zvíře, po speciální činnosti jako je polohování se psi, nebo procvičování svalů při jízdě na koni. Péče o zvíře také patří do zooterapeutických úkonů. Neboť jak známo pohyb, který tato činnost vyžaduje, vykonává mnoho lidí, aniž by mělo pocit, že je někdo do něčeho nutí. Osvědčeným příkladem je čištění klece ptáků, nebo malých hlodavců i venčení psa. Dále je to například česání psa či kočky, které procvičuje jemnou motoriku a další.

Oblast psychická je s oblastí fyzickou úzce spojena. Mnohdy se handicapovaný, nebo nemocný člověk cítí být vyloučen z lidské společnosti. Navázání nových kontaktů proto pro něho bývá závažným problémem. Člověk si ke zvířeti může vytvořit náhradní citovou vazbu a díky němu také dochází ke snazšímu navazování kontaktů s druhými lidmi.

**Felinoterapie** - základem felinoterapie je využití léčivé energie koček, jejich vrozené empatie a intuice. Kočka dává možnost člověku zapomenout na utrpení a bolest, napomáhá navodit duševní harmonii, najít ztracenou rovnováhu i vytvářet nový smysl života. Mnohdy prostá zodpovědnost za milovaného tvora drží nemocné, postižené či staré lidi při životě (Nerandžič, 2006).

**Hipoterapie** - je rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Přenášením pohybu z koňského hřbetu na lidské tělo dojde ke stimulaci centrálního nervového systému, což je žádoucí. Využití hiporehabilitace přichází v úvahu u všech forem DMO. Dále je hipoterapie indikována u dalších neurologických onemocnění jako je roztroušená skleróza, nebo degenerativní nervová onemocnění. U ortopedických onemocnění se hipoterapie indikuje u různých typů skolióz či svalové dysbalancce. Hipoterapie nachází uplatnění také v oblasti interního lékařství a to u kardiovaskulárních onemocnění, astma bronchiale či u obezity. U klientů po hipoterapii dochází ke zlepšení koordinace pohybu, normalizace svalového tonu, facilitace posturoreflexních mechanismů, zlepšení rovnováhy, úpravě svalové dysbalance a pohybové symetrie, posílení kardiovaskulárního systému, stimulačnímu působení na tvorbu a obnovu měkkých i tvrdých tkání a v neposlední řadě také dochází ke stimulaci dýchacího svalstva (Kraus, 2005).

**Lamaterapie** - se poprvé začala provádět v některých ústavech sociální péče v Německu. Zde užívají lamy k léčebným účelům a podle dostupných zdrojů je interakce mezi lamou a člověkem pro obě strany vždy pozitivní. Jedná se nejen o pouhé pozorování zvířat, ale také zdravotně postižení jedinci se aktivně zapojují při krmení lam či pomáhají s čištěním stáje. Vyvrcholením vzájemně navázaného kontaktu je pak všemi oblíbená společná procházka. U nás se lamy chovají na terapeutické farmě v Praze Bohnicích.

**Kozy** - k rehabilitační práci s dětmi se nejčastěji využívá koz kamerunských. Důležité je především naučit klienty různých ústavů, kde se práce s kozami využívá k samostatnosti a nezávislosti. Na léčebných farmách každý pracuje podle svého zájmu, svých schopností a fyzických i duševních možností. Klienti se učí žít v běžném životě a společnost se učí žít s osobami s postižením. Díky práci s kozami je u klientů nenásilnou formou dosažen sociálně-terapeutický efekt (Nerandžič, 2006).

**Canisterapie** - je způsob terapie, při které se používá působení psa na člověka. Základem léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk - zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Následně bude canisterapie popsána v následující kapitole.



### 3 CANISTERAPIE

„Název canisterapie se vžil jako označení způsobu terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jako stav psychické, fyzické a sociální pohody“ (Galajdová, 1999, s.24).

#### 3.1 Historický vývoj canisterapie

Již ve **Starověku** je známa snaha pravěkého člověka k ochočení vlčích mlád'at. Pes se brzy stává životně důležitým spojencem člověka. Je nejen jeho společníkem a důvěrníkem, ale i přítelem. Pes tehdy byl významným loveckým pomocníkem a pro Egypt'any také předmětem úcty. Ti ho uctívali nejen jako strážce podsvětí, ale byl jim i průvodcem do království smrti. Již ve starém Sumeru si děti rády hrály se štěňaty. Jejich otcové si psa velmi cenili nejen jako hlídače, ale také jako pomocníka při lovu a v boji. Ve starověku se Sumerové zabývali cíleným chovem psů jak pracovních, tak i společenských. Úctu ke psu od Sumerů převzali později i jejich nástupci Assyřané i Babyloňané. Pes patřil k důležité výbavě babylonského lékaře. Již tehdy byla důvěrně známa léčivá moc psích slin. Proto bylo běžné, že lékař dál psovi olízat rány nemocného. Dalším léčebným účinkem psa bylo jeho přikládání na nemocná místa pacienta. Byl to velmi oblíbený způsob léčby revmatismu, který se používal i později ve středověku (Galajdová, 1999).

Proslulý a výmluvný římský právník, senátor Cicero, napsal:

„Jaká věrnost psa, který hlídá vše, co mu svěříme do péče!

Jaká hrdinnost při obraně pána, jaká nenávisť k protivníkovi!

Jaká jemnost nosu při sledování stopy, jaká lovecká náruživost!

To vše svědčí o tom, že toto zvíře bylo stvořeno jen a jen pro užitek člověku.“ (Galajdová, 1999, s.18).

I ve **středověku** bylo postavení psa velmi významně ovlivněno náboženstvím. Prostý člověk směl chovat zvířata jen jako tvory užitkové. Svatý Bernhard Mentonský neměl psa jako průvodce, ale o vztah člověka se psem se značně zasloužil. Založil na hoře svatého Bernarda v Alpách první útulek pro poutníky, kde mniši chovali psy s tím že vyhledáva-

li zbloudilé poutníky po srážech a propastech. Poté poutníkům poskytovali nejupřímnější pohostinství. Těmi velkými a dobráckými psy byli bernardýni (Nerandžič, 2006).

K oslabení vlivu církve dochází až v 18. a 19. století (**novověk**). To s sebou přináší i velkou změnu v nahlédnutí na vlastnictví domácích zvířat. Přesto mnoho z předešlých postojů přetrvává stále. Jde např. o vlastnictví zvířecích společníků v domácnostech u lidí z nižších tříd. Toto je stále považováno za nepřiměřený luxus. Na postavení „psychoterapeuta“ téměř v každé rodině si pes bohužel musí ještě několik desítek let počkat. První humánní úkol dostává pes v armádě Napoleona Bonaparte. Je užíván k vyhledávání raněných vojáků na bitevních polích. Tím jim může být včas poskytnuta první pomoc. Po první světové válce dochází v Německu k výcviku psů pro vojáky. Slouží těm, kteří ve válce přišli o zrak. Ve Francii a také v dalších evropských zemích byli psi pomocníci využíváni při rehabilitaci válečných zraněných. V nemocnicích dochází k prvnímu použití zvířat v roce 1919 v USA. Zpočátku šlo pouze o rozptýlení nemocných pacientů. K dalšímu použití terapie pomocí zvířat dochází ve spolupráci s Červeným křížem ve 40. letech v New Yorku, kde se nacházelo sanatorium pro letce a zraněné za 2. světové války. Zvířata zde úspěšně pomáhají uchovávat mysl rekonvalescentů v aktivitě a tím odvádějí pozornost od jejich vlastních zranění a válečných událostí.

Od 2. světové války dochází k úsilí začlenit zvířata do klinické psychologie. Tato snaha byla v 70. letech korunována úspěchem Borise M. Levinsona. Americký dětský psycholog objevil náhodou, že psí společník může být cenným spoluterapeutem u dětí emocionálně narušených (Nerandžič, 2006).

“Ověřil si, že zvířata fungují jako přechodné objekty, kdy si dítě nejprve vytvoří vztah ke zvířeti a přes něj poté i k psychoterapeutovi a dalším lidem. V roce 1969 Levinson zformuloval hypotézu, podle níž zvířata nepředstavují způsob vyléčení, ale působí jako sociální katalyzátor, který zahajuje a podněcuje společenský kontakt“ (Galajdová, 1999, s.27).

Se stále větší profesionalitou terapeutů v 80. letech dochází ke zpřísnění výběru zvířat pro terapii. Byly vytvořeny metodiky výchovy a výcviku těchto zvířat. Dále bylo zavedeno školení terapeutů ukončené zkouškou jejich znalostí současně se zkouškami povah a dovedností zvířat. Jednotlivci se začínají spojovat do sdružení a společností. Zde si také

vyměňují informace na mezinárodních konferencích. První konference tohoto druhu proběhla v Londýně v roce 1977 (Nerandžič, 2006).

### 3.2 Vymezení pojmu

Canisterapie je jednou z metod rehabilitace, jež slouží k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií. Využívá se při ní interakce mezi člověkem a psem. Pojem zdraví je přitom vnímán z bio-psycho-sociálního pohledu. Canisterapie je součástí ucelené rehabilitace, která slouží k podpoře psychosociálního zdraví lidí všech věkových kategorií, při níž se využívá přítomnosti psa. (Pipeková, 1998).

### 3.3 Využití canisterapie u dětí s DMO

Canisterapii jako podpůrnou metodu můžeme využít pro zlepšení:

#### mentálního postižení

Pes je zdrojem dostatečně silných podnětů, aby vzbudil u dítěte zájem a udržel dítě v pozornosti po delší dobu než jiné objekty. Je možno se ho dotýkat, hladit ho a mazlit se s ním a tím uspokojovat potřebu něžnosti, která je u těchto dětí mnohdy zvýšena. Oproti hračce je pes živý tvor, reaguje na hlas a dotyk, hýbe se, jí, pije, má svoje potřeby a přání, může být smutný i veselý a také nemocný. Upevňuje sebeobslužné dovednosti nácvikem praktických úkonů - česání, krmení, otírání očí, čištění uší, aj. Motivuje k rehabilitaci a rozvoji jemné motoriky dítěte nabídkou snadno vysvětlitelných a praktických úkolů - házení míčku, hlazení, napodobování činností psa....

Pes ve spolupráci s logopedem rozvíjí vyjadřovací schopnosti a rozšiřuje slovní zásobu - touha psa oslovit, přikázat mu něco, nebo se o něm naučit básničku či písničku bývá velmi silná. Další významnou činností je nácvik sebeovládání - dítě nemůže psa kdykoliv vyrušovat, musí respektovat jeho právo na odpočinek, spánek a krmení. Pes také podněcuje dítě ke hře a pohybu - a tím k rozvoji jeho motorických schopností. V neposlední řadě podporuje rozvoj fantazie a tvořivosti, motivuje ke kreativnímu vyjádření-malováním, kreslením, modelováním, výrobou kaštánkových zvířátek (Galajdová, 1999).

#### smyslového postižení

u nevidomých: Pes a člověk tvoří dokonalý tým, ve kterém je člověk "mozkem", který musí rozhodovat a pes je „očima“ celé dvojice. Nenahraditelný úkol pro psa je navazování

kontaktu nevidomého s druhými lidmi. Nevidomý rozhovorem o psu lépe rozpozná charakter mluvčího člověka. Jeho přátelské nebo také nepřátelské úmysly a také uzavřenost či otevřenost kontaktu poznávají nejen podle hlasu a intonace, ale také především podle chování psa.

u neslyšících: Pes umožní prožít spokojenější život. Zvyšuje nezávislost, jejich sebedůvěru i soběstačnost. Pes s sebou přináší pocit bezpečí a jistoty. Je známo, že pes má velmi bystrý sluch. Psa lze velmi lehce naučit, aby neslyšícího upozornil na přijíždějící auto, budík či zvonek, nebo také na pískající konvici. Tím člověka varuje před nejrůznějším nebezpečím v podobě úrazů, které nevidomým hrozí.

při poškození hlasu: Pes zlepšuje svému pánovi komunikaci s okolím. Neartikulované zvuky i výrazná gestikulace budí dojem mentálního postižení, proto zde bariéra narůstá. Pes velmi dobře rozumí pokynům gestikulací či jiným zvukovým signálem (Galajdová, 1999).

### **epilepsie**

Epilepsie je obvyklou komplikací DMO, přidává určitou nejistotu k prognóze tohoto onemocnění, dětem přináší kognitivní problémy a rodičům těchto dětí pak velkou zátěž v péči. Diagnóza i léčba epilepsie u dětí s DMO vyžadují mnoho zkušenosti a porozumění. Dokáže pes varovat před epileptickým záchvatem? Pes reaguje na změny pachu potu v době, kdy se epileptický záchvat začíná rozbíhat nejprve v podvědomí, přičemž ovlivňuje autonomní vegetativní systém. Pes je schopen velmi citlivě vnímat elektromagnetické vlnění. “Epileptický záchvat by se dal v přiblížení přirovnat k soukromé elektromagnetické bouři a mnoho epileptiků jeho blížící se příchod cítí“ (Galajdová, 1999 s.87). Stále ale zůstává mnoho epileptiků, které by jejich záchvat mohl zaskočit bez varování například ve vaně či plavání, při přecházení ulice, nebo při řízení auta, jízdě na kole, apod. V domácích podmínkách by proto pes měl mít možnost být svému pánovi nablízku. Má-li dítě záchvaty v noci, měl by být pes přítomen i v ložnici dítěte. Způsob reakce psa na záchvat se liší podle zvyků psa. Někteří bývají neklidní až úzkostní, snaží se upozornit osoby v dosahu, že se „něco“ děje, nebo odcházejí hledat pomoc. Jiní se naopak nehnují od dítěte z místa a odmítají ho kamkoli pustit, nebo na něj vyskakují, otírají se o něho. Jsou také psi, kteří u dítěte v záchvatu sedí či stojí a pečlivě ho hlídají, obvykle mu olizují obličej a ruce. Pes miluje svého pána takového jaký je, neopustí ho kvůli nemoci, naopak mu pomůže bojovat všemi svými silami.

### 3.4 Cíle canisterapie

#### 1.rozvoj citových schopností

Uspokojování potřeb něžnosti dochází u dítěte formou hlazení a mazlení se psem. Pomocí psa se dítě učí mít někoho rád, někomu udělat radost. Úkolem terapeuta je navázat komunikaci mezi klientem a psem. Snaží se prolomit jeho uzavřenost, nespěšnost a podpořit ho co nejvíce ve spontánním projevu k druhým osobám. Pokud využíváme velkého psa, dochází u dítěte k pocitům bezpečí. Je chráněno tělem psa, který nedovolí, aby mu někdo ublížil. Při využití psa malého má dítě sklon ho ochraňovat a také se o něho starat. Díky terapeutovi dítě zjišťuje, že i pes může být veselý, nebo smutný, někdy dokonce i nemocný. Důležitý je poznatek, že i o psa je nutné pečovat, dobře se o něho starat a mít ho rád. Za to se mu pes odvděčí tím, že bude nejen dobrým kamarádem, ale i společníkem. Při skupinové terapii má dítě ve svém psovi spojence pro to, aby mohlo lépe zvládat komunikaci i chování v kolektivu (<http://www.canisterapie.info>).

#### 2.rozvoj rozumových schopností

Pes jako živý tvor je pro dítě podnětově silnější. Terapeut učí děti pozorovat stavbu psího těla. Mohou poznávat, že pes má příjemnou srst, která hřeje, drápky, které jsou ostré, čenich, který je studený a vlhký i to, že pes dýchá. Tím se rozvíjí nejen pozorovací schopnosti dítěte, ale i správné návyky chování nejen ke zvířatům, ale i k lidem. Zvyšuje se doba soustředění i zájem dítěte o danou činnost. Ke zlepšení komunikačních dovedností dochází při zadávání úkolů psovi. Děti si tím rozšiřují nejen slovní zásobu, ale zlepšuje se také jejich vyjadřovací schopnost. K nácviku sebeovládání dítěte využijeme krmení psa. Při této činnosti je nutné psa nevyrušovat a dítě si mnohem důrazněji dokáže uvědomit, že nemůže psa rušit (Jankovský, 2001).

#### 3.rozvoj pohybových schopností

K rozvoji pohybových schopností dochází formou různých společenských her. Tyto hry zvyšují motivaci dětí k pohybu, pohybové schopnosti i rozvíjí jemnou a hrubou motoriku. Terapeut s dětmi připíná popř. sundává obojek, hladí a krmí psa, hází mu míček. Pes podněcuje dítě ke hře i k pohybu. Při honění a skákání dochází k rozvoji motorických

schopností dítěte. Každý terapeut musí přizpůsobit činnost tomu, zda je dítě pohyblivé zcela, částečně, nebo zcela imobilní(<http://www.canisterapie.info>).

### 3.5 Metody canisterapie

Se zvyšující se profesionalitou terapeutů dochází od 80.let k dělení metod na tzv. Animal Assisted Activities (AAA) a Animal Assisted Therapy (AAT). Zpřísnil se výběr zvířat pro terapie a byla zpracována pravidla o tom jak zvířata vychovávat a cvičit. Zavedlo se školení a zkoušky terapeutů a zkoušky dovedností a povah zvířat. Zlepšila se mezioborová spolupráce a začaly se vést deníky, aby bylo možné objektivně posoudit průběh metod a výsledky canisterapie.

#### **AAA (Animal Assisted Activities) – činnost za účasti zvířat**

„Poskytují příležitost pro motivační, výchovný, odpočinkový, nebo terapeutický prospěch zaměřený na zvýšení kvality života klienta, odehrávající se v různých terapeutických prostředích a jsou vedeny speciálně vyškoleným profesionálním odborníkem, nebo dobrovolníkem za účasti speciálně vybraných zvířat“ (Galajdová,1999 s.28).

Metody AAA dále dělíme na: pasivní, aktivní, rezidentní a návštěvní.

**Pasivní AAA** je jednou z nejjednodušších forem. Role zvířat je v těchto případech pasivní. Klient se o ně nestará a přesto zvířata přinášejí pozitivní účinek již svojí přítomností. Jde například o umístění klece s ptáčky, nebo akvária do společenské místnosti např. v ústavu či v čekárně lékaře.

Při **aktivní AAA** se klient se psem vzájemně ovlivňují. Zvíře, působící na klienta ho motivuje ke komunikaci s okolím, k tělesné aktivitě a učí ho různým dovednostem.

Při **rezidentní AAA** je zvíře přítomno v instituci stále. Pro tuto formu AAA psi nejsou vhodné, neboť psi vyžadují výcvik, pravidelný pohyb, ale hlavně jednoho majitele, jejich vůdce smečky. Vhodnými zvířaty jsou kočky, malí hlodavci, králíci.

**Návštěvní programy** se uskutečňují vždy ve stejný čas a na stejném místě. Zvířata musí být zdravá, pečlivě vybraná i povahově dobře otestovaná. Jedná se o psy, kočky, morčata, nebo králíky (Galajdová,1999).

#### **AAT (Animal Assisted Therapy) – terapie pomocí zvířat**

„Je cílená intervence, při které je zvíře nedílnou součástí terapeutického procesu. Je poskytována a vedena zdravotnickým profesionálem se speciálními odbornými znalostmi.“ (Galajdová, 1999, s.28).

Tato metoda se postupně rozvíjí a možnosti jejího využití se stále rozšiřují. Děti se zdravotními, neurologickými a výchovnými problémy i děti s poruchami osobnosti a zpožděným vývojem jsou často nespolečenské a fyzický kontakt odmítají. Zde tato metoda prokazuje velkou efektivitu. Také u lidí, kteří žijí v různých ústavech sociální péče, domovech důchodců, léčebnách, hospicích, atd. je tato metoda žádoucí. Výsledky AAT jsou nejen měřitelné ale i objektivně pozorovatelné (Galajdová, 1999).

### 3.6 Formy canisterapie užívané u dětí s DMO

Canisterapii můžeme rozdělit podle počtu klientů na individuální a skupinovou. Někdy se lze také setkat s formou pobytovou.

**Individuální forma** canisterapie bývá orientována zejména na bezprostřední práci terapeutického týmu s klientem. Zde se klade důraz především na jeho rozvoj. Terapeut provádí dokumentaci a s personálem daného zařízení, rodiči i pedagogy stanovuje dílčí cíle i problémy k řešení při návštěvním programu (Muller, 2005).

**Skupinovou formu** tvoří více canisterapeutických týmů s větším počtem klientů. Uspokojuje více klientů najednou. Před prvním kontaktem psa s klientem je nutná domluva spolupráce psovoda se zařízením. Úkolem psovoda je seznámit se s rodiči či s budoucím klientem a zajistit přítomnost daného odborníka (pedagoga, speciálního pedagoga, lékaře nebo fyzioterapeuta) (Muller, 2005).

U **pobytové formy** se jedná se o pobyt klientů v prostředí, kde se canisterapie provádí. Pobyt bývá jednorázový, nebo pravidelný. Pořádají se především tábory, různé pobyty na ekofarmách nebo na jiných sídlech společností poskytujících canisterapeutické služby (Muller, 2005).

#### **Polohování:**

Samotné **polohování** nelze označit jako samostatnou formu canisterapie, ale v podstatě jako jednu z velmi užívaných technik.

Jak polohování vzniklo? Vznik této techniky můžeme zařadit již do 50.let 20.století, kdy Americký lékař Dr.Lawrenc Jones vychází z principu, že pokud se pacient sám nemůže pohybovat, musíme jím pohybovat my. Je nutné zabránit vzniku proleženin, uvolnit bloka-ce, procvičit a protáhnout svaly, které umožní další rozvoj pohybu. U dětí, jejichž těla jsou nepohyblivá, nebo v křeči, není možné cvičit. Proto se pouze ukládají na určitou dobu do určité polohy. Každý kvalifikovaný fyzioterapeut ale ví, jak může s dítětem manipulovat a jaké cíle tím sleduje. Právě z toho důvodu se v hlavách zkušených fyzioterapeutů zrodila myšlenka zapojení psů do polohování. Pro polohování je žádoucí umístit psy do míst, kde za normálních okolností leží podpůrné polštáře.

Dále se nám nabízí otázka jaké typy pacientů můžeme použít? Největší výsledky u techniky polohováním zcela jistě pozorujeme u tělesně postižených, kteří trpí třesem, nebo svalovými křečemi. Stejného principu s velkým úspěchem bylo využito i u pacientů s nemocemi způsobující svalový třes jako je například Parkinsonova choroba. U těchto pacientů se bohužel třes a křeče nedají zastavit ani léky či jinými fyzioterapeutickými metodami. Ani canisterapie polohováním není všemocná, ale pokud třes, nebo křeče ustanou alespoň na nějaký čas je to velký úspěch. Čím dochází k uvolnění svalstva? Nejdůležitějším důvodem proč k uvolnění svalstva dojde je teplo. Teplota psa je o jeden stupeň Celsia vyšší než u člověka, což je velice přínosné právě pro klienty, kterým se část těla špatně prokrvuje. Pacient reaguje nejen na jeho teplo, ale také na rytmus dechu a rytmus jeho srdce. Můžeme říci, že pes je v tomto procesu opravdu nenahraditelný. Na canisterapii je krásné, že k pravidelnému dýchání a zklidnění dítěte dochází naprosto spontánně. Dítě či pacient se sám naladí podle psa, aniž by bylo nutné ho k tomu nějakým způsobem vést ([http://www.pomocné\\_tlapky.cz](http://www.pomocné_tlapky.cz)).

Terapii polohováním je nutné vždy začínat v přítomnosti rodičů či blízkého pedagoga, neboť pro správný průběh je žádoucí, aby byl klient již dopředu seznámen se svým psím terapeutem. Velmi důležité je, aby byla navozena důvěra mezi klientem a psem. Pro úspěšné polohování je nutné zabezpečit příjemné a klidné prostředí. Jedna polohovací jednotka by neměla být delší než 15-20minut. Vždy je nutné jednotlivé polohy i manipulaci s klientem konzultovat s fyzioterapeutem.

Polohování se nejčastěji užívá u dětí s DMO pro uvolnění spasticity, u dětí s kombinovanými vadami, u CMP, nebo u klientů se sníženým periferním prokrvením (dochází k přirozenému prohřátí končetin). Velmi časté a oblíbené je polohování před rehabili-



tační jednotkou, kdy díky prohrátí organismu dochází k uvolnění spastických stavů. Odborníci z oblasti canisterapie podotýkají, že polohování je natolik pro psa vyčerpávající, že je nutné, aby pes tímto způsobem pracoval jen nejvíce se třemi klienty týdně. (<http://www.pomocnétlapky.cz>).

### 3.7 Výběr canisterapeutického psa

Výběr psa provádíme podle povahy. I když jak říká Tauer „krása je lidský pojem, který má také něco do sebe, ale pouze vizuálně, ale duši co dává pes lidem různě postiženým krása nenahradí“ (Tauer, 2004 s.45). Ne všichni psi se na canisterapii hodí i přesto, že ke své rodině jsou hodní. Ne všichni psi jsou totiž zvyklí na cizí lidi. Nejen místa, ale také klienti se kterými psi pracují se velmi často vymykají dosavadním zkušenostem, které pes má. Každý pes ke komunikaci se svým okolím používá mnoho nejrozličnější neverbálních prostředků. Pro bezproblémový vztah člověka se psem je velmi důležité, tyto prostředky svého psa dobře znát. Mezi tyto prostředky patří nejen hlasové projevy jako je např. kňučení, štěkání, vrčení, ale i vizuální projevy (výraz tváře, postavení ocasu, uší i očí). Díky tomu může canisterapeut svému psovi vyhovět, pozná co by právě rád dělal i jeho náladu, což je velmi důležité. Každý pes stejně jako člověk prožívá určité emoce jak kladné, tak i záporné. Majitel psa by měl umět tyto emoce rozpoznat a snažit se pochopit důvody těchto emocí (Tauer, 2004).

Pes jako terapeut by měl dobře znát svoji roli i postavení v rodině. Měl by se plně přizpůsobit hierarchii rodiny a respektovat vůdce lidské smečky. Měl by poslouchat i nejmenší dítě v rodině. V žádném případě nelze dopustit, aby se pes choval jako vůdce smečky. Pes je vždy obrazem svého pána, stejně jako děti jsou obrazem rodiny (Nerandžič, 2006).

Profesionálně vycvičení psi rozdělujeme na vodící psy, asistenční psy, signální psy a speciálně vycvičení psy pro mentálně postižené, autisty, děti i pro starší osoby žijící v sociálních zařízeních, neboli psi canisterapeuti.

**Vodící pes** je pro svého pána partnerem, průvodcem i kamarádem 24 hodin denně. Provází ho nejen po silnici, v interiéru, po rušných ulicích velkoměsta, v prostředcích městské hromadné dopravy, ale mělo by být možné s ním vyjít i do přírody. Je žádoucí, aby vodící pes uměl zhodnotit situaci ve které se nacházejí a v případě, že by tato situace byla

pro nevidomého nebezpečná, nesmí uposlechnout povelu (například když hrozí pád do silnice). Posláním vodícího psa je provázet svého pána bezpečně jejich soužitím a také mu pomáhat v orientaci.

**Asistenční pes** je pro vozičkáře a tělesně postižené partnerem i oporou. Jeho posláním je pomáhat v běžných, ale pro takto postižené náročných úkolech, jako je svlékání či oblékání, zavírání či otevírání dveří, atd. Pes by měl být schopen rozeznat a na povel donést svému pánovi různé předměty denní potřeby jako je například mobil. Asistenční psi umí i další velmi důležité věci – je to například narovnání hlavy a vrácení spadlé ruky na joystick elektrického vozičku, nebo pomoc při obracení ležící osoby tzv. polohování. Každý pes je cvičen „na míru“. Samozřejmostí každého psa je poslušnost a ovladatelnost invalidního vozičku.

O **signálním psu** můžeme bezpečně říci, že je ušima svého pána. Pro výcvik signálního psa jsou vhodná téměř všechna plemena. V případě, že je pán takového psa hluchoněmý, poslouchá pes pomocí píšťalky, posunkových povelů a clickeru. Signální pes svému neslyšícímu páníčkovi dokáže říci, že přetéká voda v koupelně, pláče dítě, jede či troubí auto, či že na něho někdo volá, nebo zvoní. Dále je schopen neslyšícímu podat, co mu upadlo, neboť neslyšící není schopen to slyšet ani si nevšimne, že mu něco upadlo.

**Canisterapeutický pes** nám přináší radost i užitek. Je náš přítel, který nám oplácí lásku tisícerým způsobem. Pokládá nám hlavu do klína, hřeje nohy ....a ruce, zabořené do srsti přinášejí útěchu našim rozbolavělým srdcím. I mezi námi jsou lidé, zapomenutí a odložení v ústavech, kteří čekají na pomoc, která mnohdy nepřichází. Psí oči pokaždé říkají: „Mám tě rád, potřebuji tě, jsi pro mě důležitý“. Proto není nic jednoduššího, než dát tyto dva dohromady – toho co dává a toho co potřebuje. A tomuto úžasnému spojení říkáme canisterapie, neboli léčba psem (<http://www.hellpes.cz>).

### 3.8 Zásady canisterapie

„Abychom docílili co největší úspěšnosti a účinnosti, je zapotřebí mít na zřeteli několik zásad a doporučení.

Nikdy nikoho do ničeho nenutíme. Respektujeme klienta i psa.

Pro canisterapii volíme stabilní místnost, která je odhlučňená a není průchozí.

Vzhledem k různorodým aktivitám je vhodné mít v části místnosti lehce udržovatelný koberec a také část místnosti s kluzkou podlahou.

Při relaxační části terapie je vhodné používat vždy stejnou relaxační hudbu, která při častějším používání rychleji evokuje uvolnění.

Z místnosti i její blízkosti eliminujeme veškeré rušivé vlivy.

V průběhu canisterapeutických jednotek je vhodné pořizovat videozáznamy a fotodokumentaci pro následné hodnocení a zaznamenání i jemných nuancí.

K pořízení fotodokumentací a videozáznamů přizveme třetí osobu, aby si psovod i terapeut mohli plnit své úkoly.

Pokud dává povel psu klient, nebo terapeut, tak jen přes povel psovoda. Stejná zásada platí i v případě krmení psa klienty.

U mladších klientů žádáme písemný souhlas rodičů a pediatra.

Po ukončení terapie její účinek ještě nějakou dobu působí a je vhodné toto využít při další práci. Např. po canisterapii může následovat výtvarná, nebo hudební výchova, logopedie, aj.

U imobilních klientů dbáme na správné polohování s atributy rehabilitace a také na správné zvedání a přenášení klientů. Nesprávnou manipulací bychom mohli okamžitě vyrušit pozitivní účinek terapie.

Canisterapie by měla probíhat vždy se stejnou skupinou klientů zařazených pro dané období (např. Školní rok).

Dodržování hygienických zásad“ (Muller a kol. 2005,s.294).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 CANISTERAPIE V PRAXI

### 4.1 Cíl práce, časový harmonogram, metody výzkumu

#### **Cíl práce:**

Cílem této práce je zmapování canisterapeutického působení na děti se spastickou formou DMO a praktické využití psa i jeho přínos v oblasti komplexní péče o tyto děti.

Hodnotící aspekty tohoto výzkumu budou:

1. Hrubá motorika
2. Jemná motorika
3. Komunikace

#### **Časový harmonogram:**

Tento výzkum probíhal v dětském stacionáři pro děti s kombinovanými vadami v období od října 2008 do konce března 2009. Během tohoto časového období proběhlo v tomto stacionáři celkem 25 návštěv. Canisterapie byla vynechána jen několikrát a to z důvodů nepřítomnosti dítěte, osobních důvodů psovoda, nemoci psa, hárání fen a ze zdravotních problémů dítěte. Dítě bylo zařazeno do canisterapeutických jednotek na žádost rodičů a po následném doporučení neurologem, psychologem a speciálním pedagogem. Jednotlivé jednotky se konaly pravidelně každý čtvrtek, začátek byl vždy od 8.00 hodin ráno. Délka každé jednotky byla přibližně 30 minut, ale doba canisterapeutického působení byla závislá na aktuálním psychickém rozpoložení dítěte i psa.

#### **Metodologie výzkumu:**

##### **Použité techniky**

V první, přípravné fázi tohoto výzkumu jsem se zaměřila na studium odborné literatury. Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem použila metodu kvalitativního šetření, jež zahrnuje techniku zúčastněného pozorování. Další použitou technikou byl polostandardizovaný rozhovor, který se konal se členy canisterapeutického týmu, který tvořila maminka dítěte, fyzioterapeutka, zdravotní sestra, která měla dítě po dobu pobytu v péči, dětský psycholog a psovod. Pro zjištění anamnézy sledovaného dítěte jsem použila techniku sekundární analýzy dat a to z dokumentace stacionáře a z opakovaných neurologických vyšetření.

## Použité metody

K výzkumné části bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum.

## Použité procedury

Monografická – Na přínos canisterapie pro dítě s dětskou mozkovou obrnou a možností jejího využití je nahlédnuto nejen z pohledu matky, ale také z pohledu celého canisterapeutického týmu.

## 4.2 Charakteristika sledovaného souboru, kazuistiky

### Charakteristika sledovaného souboru

Sledovaný soubor je tvořen 5 dětmi ve věku 10 – 14 let se shodnou diagnózou (dětská mozková obrna). Tyto děti jsou klienty denního stacionáře pro děti s kombinovanými vadami. Společným znakem je jejich mentální úroveň, která se pohybuje v rozmezí střední až těžké mentální retardace. Dalším společným znakem je spastická forma DMO.

### KAZUISTIKA 1

**Jméno:** Adéla

**Datum narození:** 1995

**Současný věk:** 13 let

**Rodinná anamnéza:** Matka narozena r. 1974, zdravá, otec narozen r. 1970, zdrav. Sourozenci sestra narozena r. 1992, zdravá, bratr narozen r. 1999, rozštěp tvrdého i měkkého patra. Rodina bez neurologické i psychiatrické zátěže, příčina vzniku postižení není známa.

**Osobní anamnéza:** Dítě z druhé gravidity, porod ve 33. týdnu g.v., per s.c. pro abrubci placenty a tíseň plodu. Apgar skóre: 7 – 8 – 8, PH 2410 g. Po porodu tachypnoe, zatahuje. Adélka je proto uložena do inkubátoru s oxygenací. Od 2. dne života se rozvíjí středně těžký RDS, nutná intubace a UPV 7 dní. Po celou dobu dítě kardiopulmonálně kompenzované. Ve věku 48 hodin tonicko-klonické křeče. V dubnu 1996 byla vyšetřena neuroložkou pro poruchu vědomí, v květnu 1996 byla Adélka hospitalizovaná na dětském oddělení pro febrilní křeče. V roce 1999 byla u Adélky po opakovaných neurologických vyšetřeních stanovena **diagnóza:** DMO spastická kvadruparéza s výraznou osovou hypotonií, se

sekundárním epileptickým syndromem s riziky ranného věku a těžkou psychomotorickou retardací.

Od narození žije Adélka v domácím prostředí, je v odborné péči dětského pediatra a neurologa. Epilepsie je kompenzována medikamentózní terapií. Od malička je Adélka rehabilitovaná Vojtovou metodou. Od r.2000 navštěvuje denní stacionář. Psychomotorický vývoj na úrovni II.-III. trimenonu, dítě nemá sociální návyky, trvala užívá pleny, je plně odkázáno na péči druhé osoby.

**První kontakt:** říjen 2008

Prvotní reakce Adélky po příchodu canisterapeutky se psem byla nejistota a obavy. I přesto, že Adélka byla předem matkou upozorněna na příchod nového psiho kamaráda, z její dětské tváře bylo možno vyčíst obavy a strach z neznámého.

**Hrubá motorika:** Adélka je trvale ležící, na výzvu maminky se přetočí z boku na bok, ale jen stěží. Při pasivním položení na břicho udrží vzpřímenou hlavu jen asi 30 vteřin. Neleze, ani neseď. Kontakt s blízkou osobou je oživen radostnými méně koordinovanými pohyby dolních i horních končetin, tento pohyb vychází z velkých kloubů. Dolní končetiny má Adélka semiflektované v koleni. Výrazná hypotonie, spastická kvadruparéza.

**Jemná motorika:** Při nabídnutí hračky volní úchop není možný vzhledem k obtížně ovladatelnému pohybu k cíli. Palce na ruku má pevně sevřené v pěsti. Hračku pasivně vloženou maminkou do ruky uchopí s velkými potížemi a jen na krátkou dobu.

**Komunikace:** Adélka vydává neartikulované zvuky (a-a-a, a-jee), nejčastěji při kontaktu s blízkou osobou. Umí napodobit psa - dvojhlasnou af,af, nebo kočičku - au,au. Pomlaskává na pokyn „pošli pusinku“. Projevuje se hlasitým pláčem i smíchem, neartikulovatelnými zvuky a patlavými slůvky. Na svoje jméno reaguje, z rodinného prostředí rozumí naučeným zákazům i pokynům, např. ukaž zoubky, drž si kolečko. Na otázky, které zná, radostně reaguje a má snahu odpovědět (ano – an, ne – nn).

**Konec sledovaného období:** březen 2009

**Hrubá motorika:** Po canisterapii docházelo k celkovému uvolnění těla s rukami volně položenými na srsti psa. Nohy, které měla Adélka zpočátku propnuté, byly na konci canisterapie také uvolněné. Dále bylo pro Adélku velkou úlevou uvolnění spazmů. Toto uvolně-

ní přetrvávalo obvykle ještě 20- 30 minut po terapii. Vzpřímenou hlavu udržela také o pár minut déle, což je velkým přínosem.

**Jemná motorika:** Po vložení granulek do dlaně se Adélka sama snaží otevřít pěstičku.

**Komunikace:** Po příchodu psa převažuje radostný výraz ve tváři doplněn radostným výskotem.

#### **Prováděné aktivity:**

Po dobu výzkumu byla u Adélky prováděna canisterapie celkem dvacetkrát. Canisterapie byla prováděna v jejím přirozeném prostředí denního stacionáře, jež u ní navozuje pocit bezpečí. Toto canisterapeutické působení bylo uzpůsobeno jejímu těžkému kombinovanému postižení. Každá canisterapeutická jednotka se odehrávala individuální formou a byla zaměřena především na uvolnění spazmů polohováním.

Popis polohy u sledovaného dítěte:

A – posilování svalů při zvedání hlavy. Pes leží čelem k Adélce, kdy ona zaujímá polohu na břichu. Pes plní funkci motivační, motivuje Adélku k povídání na pejska.

B- cvičení motoriky - na výzvu Adélka začne pejska hladit neobratnými pohyby ruky. Za aktivní pomoci fyzioterapeutky se jí hlazením po srsti psa podařilo otevřít dosud sevřenou dlaň. Poté z této dlaně krmí psa piškoty.

C- polohování k uvolnění spazmů – Adélka byla položena na podložku a pes si lehl v těsné blízkosti vedle ní. Hlavy měli v těsné blízkosti a nohy měla položené na pejskovi. Po 20ti minutách došlo k prohřátí organismu a uvolnění spazmů horních i dolních končetin. Následně fyzioterapeutka zařadila reflexní cvičení dle Vojty.

#### **Závěry pozorování:**

Při pravidelném a cíleném opakování úkolů, jež odpovídaly Adélčiným možnostem bylo možno pozorovat zvýšený zájem o určité aktivity, bylo zřejmé, že rozumí tomu, co se bude dít a snaží se spolupracovat. Například při česání či hlazení psa se snažila spontánně otevřít dlaň, z její tváře bylo patrné soustředění. Také při krmení piškoty. Přenosem tepla ze psa bylo možno pozorovat prokrvení i uvolnění spastických končetin i těla. Dle fyzioterapeutky k tomuto docházelo po 15 až 20 minutách polohování a přetrvávalo ještě i po 35 minutách po polohování. Velmi přínosné se jevílo zařadit metodu reflexního cvičení dle Vojty.



## KAZUISTIKA 2

**Jméno:** Jaroslav

**Datum narození:** 1993

**Současný věk:** 14 let

**Rodinná anamnéza:** Matka narozena r.1970, otec zemřel při autonehodě. Jarda bydlí společně s matkou a prarodiči v rodinném domě. Sourozence nemá.

**Osobní anamnéza:** Porod v termínu, v 31.t.g., vývoj probíhal v normě. Ve třech letech chlapcova věku tonutí, kříšen, převezen na ARK, kde strávil cca půl roku. Vigilní kóma. Chlapec v pravidelné péči neurologa, pediatra, fyzioterapeuta. Je v domácí péči, stará se o něho střídavě babička a matka. Navštěvuje denní stacionář a pravidelně se účastní rehabilitačních pobytů. Probíhá u něho bazální stimulace.

**Diagnóza:** těžká mentální retardace, epilepsie , kvadruspasticita

**První kontakt:** říjen 2007

Při prvním kontaktu dítěte se psem docházelo k odmítavým reakcím. Jarda při polohování psa od sebe odsunoval.

**Hrubá motorika:** dítě je plně odkázáno na péči druhé osoby. Je trvale ležící, nesedí ani s oporou. Sám neleze. Dokáže se přetočit ze zad na břicho, ale zpět mu to nejde. Pokud se položí přes velký rehabilitační válec udrží hlavu a s pomocí druhé osoby se pohupuje na válci.

**Jemná motorika:** preferuje pravou horní končetinu, kde i krátkodobě udrží vložený předmět. Předmět z ruky do ruky nepřendá. Klíšťový úchop chybí.

**Komunikace:** při emocionálním pohnutí vydává hrdelní zvuky, vítá každý sociální kontakt. Hojně hlasové projevy, povídá si pro sebe. Na svoje jméno reaguje.

**Konec sledovaného období:** březen 2009

**Hrubá motorika:** na rehabilitačním válci v poloze na břicho se prodloužila doba, kdy udrží hlavu ve vodorovné poloze. Došlo k uvolnění spasmů všech končetin.

**Jemná motorika:** dokáže uvolnit pěst u pravé končetiny sám, levou pouze s dopomocí. Je patrný náznak natažení prstů při hlazení psa i při krmení piškoty, výrazněji na pravé končetině.

**Komunikace:** přetrvává pozitivní ladění dítěte, při kontaktu se psem výrazné hrdelní projevy (hlasité hýkání) doprovázené pozitivním grimasováním.

**Prováděné aktivity:**

Po dobu výzkumu probíhalo polohování jednou týdně v prostorách stacionáře. U Jardy proběhla canisterapie celkem 58 krát. Canisterapie probíhala podle individuálního plánu sestaveného na základě diagnózy dítěte a lékařských vyšetření s návazností na léčebnou rehabilitaci. Canisterapie u Jardy byla zaměřena především na uvolnění spazmů polohováním a procvičení jemné i hrubé motoriky granulováním při relaxační chvilce.

Popis polohy u sledovaného dítěte:

A- poloha na bříše- Pes ležel pod Jardovým hrudníkem, hlava byla v mírném předklonu přes hřbet psa. Jarda byl vysvléknut do půl těla a zároveň tato poloha byla doplněna míčkováním na zádech dítěte.

B- poloha na boku – neboli stabilizovaná poloha, kdy pes ležel v oblasti adduktorů stehen a také postupně z čelní a zádové strany dítěte. Tato poloha byla doplňována polohovacími pomůckami.

C- poloha na zádech- pes ležel pod dolními končetinami v oblasti podkolenních jamek. Jelikož Jarda velmi rád poslouchá písničky, byla tato poloha doplněna písničkami o pejscích s rytmizací horních končetin.

D- granulování- fyzioterapeutka vkládá do dlaní obou rukou dítěte piškoty, aby jimi mohl nakrmit pejska. Dbá na střídání rukou. Psím olizováním a vybíráním piškotů čumákem psa se pěstičky po čase otvírají.

**Závěry pozorování:**

U Jardy byl velký pokrok zaznamenán ve vztahu k pejskovi. Jeho zpočátku odmítavý postoj se v průběhu změnil ve velké přátelství mezi Jardou a psem. Během canisterapií převládaly radostné a spokojené pocity, což se u Jardy projevovalo spokojeným broukáním zejména během písniček, výskáním a hlasitým smíchem. V době, kdy ke canisterapii nemohlo dojít vzhledem k zdravotnímu stavu Jardy (několikrát byl po epileptickém záchva-

tu), pozorovala u Jardy matka i personál stacionáře velkou rozmrzelost. Velkým přínosem bylo uvolnění spazmů zejména na dolních končetinách. U tohoto dítěte se velmi osvědčilo po canisterapii zařadit metodu reflexního cvičení dle Vojty.

### **KAZUISTIKA 3**

**Jméno:** Roman

**Datum narození:** 1996

**Současný věk:** 12let

**Rodinná anamnéza:** úplná rodina, otec narozen r.1963, matka narozena r. 1970, sourozence nemá.

**Osobní anamnéza:** dítě z 3. rizikové gravidity, narozen v 35.t.g., porod spontánní, záhlavím. Apgar skóre: 8-9-9, po porodu asfyxie, známky RDS, 10. den po porodu se rozvíjí hydrocefalus, dítě převezeno na neurochirurgické oddělení, kde mu 14.den po porodu zavádí VP zkrat. Následně provedeny opakované revize zkratu pro susp. malfunkce.

**Diagnóza:** středně těžká mentální retardace, kvadruspasticita, posthemoragický hydrocefalus

**První kontakt:** leden 2008

Při prvním kontaktu dítěte se psem je u Romana možno pozorovat radost a zájem o psa. Roman reagoval na psa pootočením hlavy na stranu, na které se pes objevil. Na nějakou dobu zpozorněl, celé jeho tělo se spasticky vypnulo, usmíval se a vydával neartikulovatelné zvuky.

**Hrubá motorika:** dítě je ležící, ale s pomocí druhé osoby se umí posadit. Pokud se zapře polštáři a jinými polohovacími pomůckami, vydrží v poloze v sedu i několik hodin. V této poloze si hraje, je schopen uchopit nabízené předměty. Sám zvládá se přetočit z boku na bok i ze zad na břicho, naopak to neumí. Je odkázán na péči druhé osoby, pleny, nutno krmit lžící.

**Jemná motorika:** nabízené předměty uchopí do obou rukou, ale menší předměty nedokáže.

**Komunikace:** nemluví, své pocity a potřeby je schopen vyjádřit z rodinného prostředí naučenými dvojhlasíky (např. íí – pití, ahí - hrát si, ej –jít ven, uju – mít rád), umí jich asi deset.

**Konec sledovaného období:** březen 2009

**Hrubá motorika:** dítě si vyžaduje častější posazování, lépe se udrží v této poloze. V poloze v sedu má snahu se přetáčet na boky, preferuje pravou stranu. Má snahu se nakrmit sám, pokud mu sestra dá do ruky piškot, nebo rohlík. Snaží se věci kolem sebe házet, má z toho velkou radost, kterou dává najevo radostným výskáním.

**Jemná motorika:** má snahu brát do rukou i menší předměty, jako je piškot. Snaží se uchopit i hřeben a psa česat.

**Komunikace:** Roman zařadil do svého slovníku několik nových výrazů – aj-Aida (canisterapeutický pes), ma – malá, malá. Je častěji veselý a spokojený.

#### **Prováděné aktivity:**

Roman se celkem zúčastnil 35 canisterapeutických jednotek. Většina z nich probíhala individuální formou, asi dvakrát ve skupině. U dítěte bylo prováděno polohování za cílem uvolnit spazmy a dále také granulování na procvičení jemné motoriky a snaha o házení míčku psovi.

Popis polohy u sledovaného dítěte:

A- poloha na zádech- Roman leží na zádech a psa má pod kolenními jamkami, v místě kde dochází k největší absorpci tepla. Polštář má pod hlavou a je přikryt dekou.

B- poloha na boku – Roman leží střídavě na levém a pravém boku. Pes leží mezi jeho nohama a také z přední i zadní strany dítěte. Dochází k nahřívání celého těla.

C- česání psa – po poloze na boku a zádech je Romanovi vložen do rukou hřeben a on se snaží za pomoci fyzioterapeutky psa učesat.

D – granulování- na závěr Roman může pejska nakrmit granulkami a piškoty, které si opět za pomoci druhých musí vzít do ruky.

#### **Závěry pozorování:**

Roman bývá po canisterapeutických jednotkách veselý, má větší snahu o komunikaci. U Romana došlo k výraznějšímu zlepšení motoriky, zejména jemné a to v důsledku jeho vel-

kého zájmu o česání a granulování. V současné době je schopen hřeben v dlaních udržet déle a velmi se snaží o česání nejen psa, ale v domácím prostředí také maminky a ostatních členů rodiny.

#### **KAZUISTIKA 4**

**Jméno:** Kristýna

**Datum narození:** 1997

**Současný věk:** 11 let

**Rodinná anamnéza:** Dítě v pěstounské péči, dle pěstounky – matka v těhotenství abusus alkoholu, nikotinu a drog, otec – údaje neznámé

**Osobní anamnéza:** dítě ze 3.rizikové gravidity, hrozící předčasný porod od 20.týdne, ve 28.t.g. překotný porod, PH 950 g, Apgar skóre: 3-5-3, kříšena, na JIP 11 dní UPV, na UZ postupně se rozvíjející známky posthemoragického hydrocefalu. Epileptické záchvaty od roku 2002. Stav. po přeléčení mykotického abscesu CNS, těžká PMR, spastická diparéza, kongenitální katarakta, opakované operace na neurochirurgii pro hydrocefalus.

**Diagnóza:** prematurita, posthemoragický hydrocefalus, spastická diparéza DK, epilepsie, katarakta

**První kontakt:** říjen 2008

Při prvním kontaktu se psem je Kristýnka spokojená, uvolněná, psa se vůbec nebojí, naopak převládá radost ze zvířete. Citlivě reaguje na psa, např. rozesmálo ji jeho zrychlené dýchání a vyplazený jazyk.

**Hrubá motorika:** v poloze na břichu krásně udrží hlavu, sama si dokáže sednout i přetočit se z boku na bok i ze zad na břicho a naopak, ale musí se k tomu vybízet. Nechodí, sama si požádá o nočník, v noci má pleny.

**Jemná motorika:** Kristýnka si dokáže podat pití, sama se napije, je schopna se lžící sama nakrmit. Snaží se o psaní a malování. Velmi ráda zapíná knoflíky na pyžamu, ty musí být velké, drobnější nesvede.

**Komunikace:** Kristýnka má menší slovní zásobu, ale mluví ve větách. Umí pár jednoduchých básniček i písniček typu (Skákal pes, nebo Holka modrooká).

**Konec sledovaného období:** březen 2009

**Hrubá motorika:** Kristýnka bývá aktivnější v pohybu, více se sama přetáčí z boku na bok.

**Jemná motorika:** Kristýnka se sama začala česat, více o sebe dbá. Stále velmi ráda zapíná i rozepíná knoflíky. Ke zlepšení došlo při krmení, více se snaží o samostatnost. Lépe ovládá lžici.

**Komunikace:** Kristýnka se naučila několik nových básniček. Podle pěstounky si více povídá se svým okolím, snaží se každému povídat o novém psím kamarádovi a jakou legraci s ním zažila. Její slovní zásoba se rozšířila.

#### **Prováděné aktivity:**

Kristýnka se zúčastnila celkem 20 canisterapií, většina byla skupinovou formou, asi šestkrát se zúčastnila individuální canisterapeutické jednotky formou polohování. Canisterapie u Kristýnky byla zaměřena především na rozvoj jemné i hrubé motoriky.

Popis polohy u sledovaného dítěte:

A- Polohování na zádech- Jedná se o nejčastěji užívaný typ polohy. Kristýnka ležela na zádech a psa měla v oblasti podkolenních jamek, pod hlavou měla polštář a zároveň si s fyzioterapeutkou a tetou zpívali písničky se psí tematikou a povídali si o pejskovi.

B- skupinová canisterapie - Kristýnka si ve skupině 4 až 6 dětí povídá o pejskovi, ukazují si různé části jeho těla, zkouší si jeden po druhém pejska hladit. Vnímají rozdílné povrchy těla - srst, tlapky i čumáček. Dále krmí pejska granulami, musí se snažit mít ruku nataženou a dlaně co nejvíce otevřené. Dalším cvikem je schování piškotu pod plastovou mističku. Canisterapeutka má pět plastových mističek, každá má jinou barvu, pod jednu schovává Kristýnka piškot, který pak pejsek čmouchá a hledá. Kristýnka poznává barvy mističek, po správném uhodnutí barev může pejskovi pomoci mističku přetočit. Dále zapíná a odepíná pejskovi obojek. Na závěr podle pokynů psovoda může Kristýnka dávat pejskovi povely – lehni, sedni, sudy, mrtvý a za odměnu dostává pejsek piškot.

#### **Závěry pozorování:**

Kristýnka udělala veliké pokroky zejména v komunikačních a rozumových dovednostech, její slovní zásoba se rozšířila, umí mnohem více básniček i písniček. Preferuje ty se psí tematikou. Pokud je dobře naladěná, velmi ráda povídá různé příběhy o pejskovi, některé z nich prožila, jiné jsou smyšlené. Došlo u ní ke zlepšení v oblasti jemné motoriky- dokáže zapnout nejen knoflíky u oblečení, ale několikrát se jí povedl zapnout i zip u mikiny.

## KAZUISTIKA 5

**Jméno:** Miroslav

**Datum narození:** 1999

**Současný věk:** 10 let

**Rodinná anamnéza:** úplná rodina, matka narozena r. 1974, otec r. 1972, oba zdraví, bez VVV, bez neurologické i onkologické zátěže. Sourozenci- sestra 12 let zdráva.

**Osobní anamnéza:** dítě ze 3. IVF, riziková gravidita, cerkláž hrdla, předčasné stahy děložní, porod ve 27.týdnu g.v., spontánní záhlavím, váha:1800g, po narození kříšen, hospitalizace 2 měsíce. Ve věku 5 let záchvaty – křeče PHK, asymetrie obličeje, slinění, krátce v bezvědomí. Nasazeny antiepileptika, poté záchvaty nepozorovány. Vyšetřen na klinice dětské neurologie (CT mozku, metabolické vady) se závěrem DMO. V roce 2007 ortopedická korekce adduktorů kyčlí + flexorů kolen. Pro výraznou spasticitu provedeno v roce 2008 SDR na klinice dětské neurochirurgie.

**Diagnóza:** DMO- smíšená forma s převahou spasticity na DK, středně těžká mentální retardace, sekundární epilepsie

**První kontakt:** květen 2008

Při prvním kontaktu byl Mirek zaražený, bylo možné pozorovat známky nervozity, snad i strach z neznámého.

**Hrubá motorika:** sedí s pomocí, zapřený polohovacími pomůckami. U Michala je ochablý svalový tonus a výrazná motorická neobratnost při manipulaci s předměty, jako je láhev s pitím, hračky. Je imobilní, na invalidním vozíku. Nutná dopomoc druhé osoby při hygieně i oblékání.

**Jemná motorika:** při zadaných úkolech u něho převažuje značná nesoustředěnost, což se projevuje jako neohrabanost. Při manipulaci s drobnými předměty má velké problémy. Sám se nenají, nutno krmit lžící.

**Komunikace:** Mirek zvládá jednoduché věty i kratší souvětí, ale bez souvislejšího vyprávění a smysluplného dialogu. Je ale komunikativní a má rád společnost ostatních dětí. Je nekonfliktní, jednoduché příkazy plní bez problémů.

**Konec sledovaného období:** březen 2009

**Hrubá motorika:** zlepšení v celkové pohybové aktivitě, Mírek je více snaživý, plní úkoly s nadšením. Zejména při hygieně, která je doprovázená povídáním o pejskovi se Mírek snaží pomoci.

**Jemná motorika:** problém s manipulací s drobnými předměty u Mirka přetrvává, zlepšila se ale chuť procvičovat a soustředěnost u zadaného úkolu.

**Komunikace:** Mírek projevuje větší jistotu při komunikaci a celkovém vystupování, např. při zadávání povelů pejskovi, což dělá se zájmem. Zlepšila se u něho stavba i smysl vět. Mírek velice kladně reaguje na psí olizování. Směje se a má snahu komunikovat.

**Prováděné aktivity:**

Mírek se v průběhu sledovaného období zúčastnil celkem 30 canisterapických jednotek, které byly u něho zaměřeny především na rozvoj komunikačních dovedností, manipulaci s předměty a uvolnění spazmů DK.

Popis polohy u sledovaného dítěte:

A- poloha na boku- v této poloze ležel Mírek střídavě na pravém a levém boku, pejskem byl zapřen za zády, nebo naopak zahříval Mirkovi hrudník a břicho zepředu. Nohy i ruce měl volně položené na srsti psa. Poloha byla doplněna polohovacími pomůckami. V této poloze setrval přibližně 15 minut a v průběhu začal sám hladit pejska a povídat mu, co doma zažil. Při této poloze byl kladen důraz na opistotonní držení těla.

B- zapínání obojku- pro nácvik jemné motoriky měl Mírek za úkol zapínat a odepínat obojek pejskovi a zapínat karabinku vodítka na obojek

C – česání – při každé canisterapeutické jednotce měl Mírek za úkol pejska učesat. Střídal přitom pravou a levou ruku a různé druhy kartáčů.

D- hra na schovávanou- Mírek schoval pejskovi piškot do jednoduchých krabiček. Úkolem Mirka bylo pomáhat pejskovi krabičku otvírat a při špatném pokusu, zase zavřít. Mírek pejskovi mohl i radit, procvičoval tak nenásilnou formou nejen jemnou motoriku, ale i komunikaci.

D –granulování- podávání pejskovi granulek s otevřenou dlaní, bylo zařazeno vždy v závěru canisterapeutické jednotky.



**Závěry pozorování:**

U Mirka bylo možno pozorovat velkou ochotu při spolupráci a snahu překonat vlastní tempo. Veškeré aktivity prováděl s velkým nadšením. Velké pokroky udělal v sociální komunikaci, což se projevuje při pozdravu s psovodem i při povelích pro pejska. Z taktilních projevů se psem projevuje potěšení. Zlepšení je možné pozorovat i ve stavbě a smyslu vět. Při polohování se umí uvolnit a relaxovat.

**4.3 Závěry šetření:****Shrnutí aspektu hrubé motoriky:**

V oblasti hrubé motoriky výzkum prokázal, že pes je pro děti s DMO motivací k pohybu i k rehabilitaci. U každého dítěte se činnost se psem vybírá podle stupně a druhu motorického postižení. Pes motivoval děti k častějšímu pohybu. Velmi pozitivní přínos byl zřejmý u polohování. Po polohování docházelo k nesporným a prokazatelným fyzickým zlepšením. Je mnohdy velmi obtížné přimět dítě k procvičování svalů, jež je velmi důležité u dětí se spastickou formou DMO. Stejně děti za pomoci psa byly ochotné nejen cvičit, ale i pejskovi házely míček, nebo se natahovaly, aby mu pohladily srst. Po polohování byly spastické končetiny prohřáté, tudíž docházelo k jejich uvolnění. U několika dětí s velmi těžkým postižením (kazuistika 1 a 2) došlo následně po prohřátí k rehabilitaci Vojtovou metodou, což se jeví jako velmi přínosné.

**Shrnutí aspektu jemné motoriky:**

Cílenou hrou v oblasti jemné motoriky pes prodlužoval dobu soustředění dětí s DMO na provádění jednotlivých činností. Byly to činnosti vyžadující trpělivost a zručnost. Tyto dovednosti u dětí nejsou mnohdy oblíbené. Děti pejskovi zapínaly a rozepínaly obojek, česaly mu srst, hladily pejska i pomáhaly otevírat krabičky s piškoty, či otáčet misky. Nácvikem takovýchto činností byly upevněny sebeobslužné dovednosti dětí jako je česání (kazuistika 4), zapínání knoflíků, nebo umývání rukou. Konec terapie byl zakončen odměňováním pejska. Děti se musely soustředit na otevření dlaně (některým bylo nutné pomoci), do kterých jim byl vložen piškot. Jiným pomohl pejsek (kazuistika 2), který svým olizováním a čumákem nakonec otevřel spastickou pěstičku dítěte.

**Shrnutí aspektu komunikace:**

Děti s DMO velmi citlivě vnímají veškeré dění ze svého okolí. Výsledky ukázaly, že cílenou hrou a plněním jednoduchých úkolů docházelo k probuzení zájmu o určené aktivity, přičemž se prodlužovala doba soustředění na danou činnost a tím docházelo k rozvoji vnímání a pozornosti. U dětí zkoumáním stavby těla psa i pozorováním jeho chování docházelo k rozvíjení jejich pozorovacích schopností. Při pojmenování částí těla pejska, jeho barvy, barvy obojku a počítání tlapek i oušek docházelo k rozvoji komunikačních dovedností, rozšiřování slovní zásoby i vyjadřovacích schopností. Děti se dále snažily opakovat povely pro psa zřetelně, aby docházelo ke zpětné vazbě ( při špatném vyslovení povelu pes nereaguje). Prostřednictvím navozené komunikace dítěte se psem docházelo k odbourávání nesmělosti a uzavřenosti a byl podpořen spontánní projev ve vztahu k jiným osobám.

Zařazení canisterapie do rehabilitačního programu u dětí se spastickou formou DMO se projevilo jako velmi přínosné. Počáteční reakce dětí charakterizoval strach, nejistota a obavy. V brzké době si ale na pejska zvykly, ochotně spolupracovaly a těšily se z jeho přítomnosti. Canisterapeutický pes plnil úlohu motivačního prvku. To se projevovalo prodlouženou dobou soustředění i zvýšenou aktivitou dětí. Terapeutické cíle byly zaměřeny zejména na rozvoj hrubé i jemné motoriky, uvolnění spazmů i na rozvoj komunikačních dovedností. Velmi významnou se ukázala přítomnost psa na emoční stránku postiženého dítěte. Veškeré činnosti vycházely z možností dítěte s ohledem na jeho aktuální stav a emoční stránku. U vytyčených cílů se projevily pozitivní výsledky. Výzkum prokázal, že pes již pouhou přítomností poskytuje specifické podněty, jež výrazně stimulují postižené dítě. Díky tomuto pozitivnímu vztahu dítěte a psa se canisterapie stává výraznou motivací k aktivování psychických a pohybových funkcí. Canisterapie měla také příznivý vliv na rozvoj verbálních schopností dětí i na četnost hlasových projevů. Přínos této formy terapie u dětí s DMO je nesporný. Zároveň je nutné si uvědomit, že je potřeba zdůraznit individualitu každého dítěte, vycházet z jeho specifických zvláštností a diagnózy, jejíž prognóza se v rámci dalšího rozvoje dítěte jeví jako málo příznivá.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na canisterapii u dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny a praktické využití psa a jeho přínos v oblasti komplexní péče o tyto děti. Bylo dosaženo vytyčených cílů bakalářské práce zmapováním terapeutického působení v oblasti hrubé i jemné motoriky a v komunikačních dovednostech takto postižených dětí. Výsledky intenzivního šestiměsíčního výzkumu prokázaly, že canisterapie může být považována za velmi vhodnou podpůrnou formu terapie, jež významně obohacuje život postižených dětí a působí pozitivně nejen na jejich pohybovou, ale zejména i psychickou stránku. Výzkum prokázal, že pes se stal významným motivačním činitelem při této terapii a u sledovaných dětí významně vzrostla aktivita, ať již psychická, nebo fyzická. Velmi důležitým aspektem u dětí se spastickou formou DMO je uvolnění spazmů, jež je žádoucí nejen při obsluze dětí (přebalování, polohování), ale i pro nácvik jejich sebeobsluhy (krmení, česání). Během terapie u pozorovaných jedinců byly zaznamenány velmi pozitivní výsledky ve všech sledovaných oblastech.

U každé terapeutické metody je velmi důležitá nejen častost, ale zejména pravidelnost. U dětí postižených dětskou mozkovou obrnou je velmi těžké prokázat okamžitý efekt, proto je důležité se nejen rychle nadchnout pro určitou novou metodu, ale také ji pravidelně aplikovat. Až v delším časovém období je možné pozorovat výsledky a zjistit, zda určitá forma terapie je vhodná pro dané dítě a také do jaké míry dokáže pozitivně ovlivnit jeho postižení.

Pevně věřím, že příznivé účinky canisterapie nejen u dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny se budou v budoucnu využívat častěji. Jsem obohacena tím, že jsem se mohla s touto metodou blíže seznámit a pozorovat pozitivní změny u takto postižených dětí. Dětskou mozkovou obrnu, která je hybným následkem rané léze mozku nelze vyléčit, ale lze ji do určité míry eliminovat. Výsledky publikované za poslední desetiletí jednoznačně poukazují na efektivitu komplexního terapeutického přístupu v péči o děti trpícími dětskou mozkovou obrnou. Canisterapii můžeme považovat za jednu z mnoha doplňujících terapií nacházející plné uplatnění v týmové péči o pacienty s hybným postižením.

Vzhledem k neoddiskutovatelným a hmatatelným pozitivním výsledkům canisterapie bych v nejbližším časovém horizontu ráda předala nabyté zkušenosti na neurochirurgických kongresech, jež se léčbou dětí s DMO zabývají. Chtěla bych tím přispět k popularizaci canisterapie jakožto jedné z mnoha metod rehabilitace.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ABRANTES, R. *Řeč psů*. České Budějovice: DONA, 1999. ISBN 80-86136-56-6.
- CADBT. In: Česká Asociace Dětských Bobath Terapeutů. [online]. [cit.16.3.2009]. Dostupné na World Wide Web: [http://www.cadbt.cz/vic\\_o\\_bobath.htm](http://www.cadbt.cz/vic_o_bobath.htm).
- FREEMAN, M. *Polohování není jen canisterapie, ale canisterapie není (jen) polohování*. In: Pomocné tlapy. [online]. [cit.10.1.2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.canisterapie.cz/ct-canisterapie-je-nejen-polohovani.htm>.
- GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada Publishing s.r.o., 1999. ISBN 80-7169-789-3.
- HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- KHOLOVÁ, H. *O psech od A do Z*. Praha: Ottovo nakladatelství, s.r.o., 1998. ISBN 80-7181-229-3.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s DMO*. Brno: Copyright, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6
- ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85-931-17-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- TICHÝ, M. Selektivní dorzální rizotomie. In: KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing,a.s., 2005. ISBN 80-247-1018-8.

VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna komplexně*. In: Neurocentrum. [online]. [cit.10.2.2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.neurocentrum.cz>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DMO	Dětská mozková obrna
VVV	Vrozené vývojové vady
UPV	Umělá plicní ventilace
JIP	Jednotka intenzivní péče
ARK	Anesteziologicko-resuscitační klinika
RDS	Syndrom dechové nedostatečnosti
IVF	In vitro fertilizace (mimotělní oplodnění)
DK	Dolní končetiny
PHK	Pravá horní končetina
UZ	Vyšetření ultrazvukem
SDR	Selektivní dorzální rizotomie (přetětí míšních kořenů)
PH	Porodní hmotnost